



2 – Número da Guia Referenciada

3 - Código na Operadora

4 - Nome do Contratado

5 – Código CNES

6-CD	7-Data	8-Hora Inicial	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde.	13-Unidade de Medida	14- Fator Red.. / Acresc	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total – R\$
17-Registro ANVISA do Material		18-Referência do material no fabricante				19-Nº Autorização de Funcionamento				
01-	____/____/____	____:____	a ____:____	____	_____	____,____	____	____,____	____,____,____	____,____,____
20-Descrição		_____								
02-	____/____/____	____:____	a ____:____	____	_____	____,____	____	____,____	____,____,____	____,____,____
20-Descrição		_____								
03-	____/____/____	____:____	a ____:____	____	_____	____,____	____	____,____	____,____,____	____,____,____
20-Descrição		_____								
04-	____/____/____	____:____	a ____:____	____	_____	____,____	____	____,____	____,____,____	____,____,____
20-Descrição		_____								
05-	____/____/____	____:____	a ____:____	____	_____	____,____	____	____,____	____,____,____	____,____,____
20-Descrição		_____								
06-	____/____/____	____:____	a ____:____	____	_____	____,____	____	____,____	____,____,____	____,____,____
20-Descrição		_____								
07-	____/____/____	____:____	a ____:____	____	_____	____,____	____	____,____	____,____,____	____,____,____
20-Descrição		_____								
08-	____/____/____	____:____	a ____:____	____	_____	____,____	____	____,____	____,____,____	____,____,____
20-Descrição		_____								
09-	____/____/____	____:____	a ____:____	____	_____	____,____	____	____,____	____,____,____	____,____,____
20-Descrição		_____								
10-	____/____/____	____:____	a ____:____	____	_____	____,____	____	____,____	____,____,____	____,____,____
20-Descrição		_____								

21 - Total de Gases Medicinais (R\$)

22 - Total de Medicamentos (R\$)

23 - Total de Materiais (R\$)

24 - Total de OPME (R\$)

25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

26 - Total de Diárias (R\$)

27 - Total Geral (R\$)	
------------------------	--